

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901 — N° 105

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE et CLINIQUE

DES

Polypes de l'Oreille

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Auguste TAILLEFER

Né à Pamiers (Ariège), le 4 Mars 1877

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta 32

1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE ET CLINIQUE

DES

Polypes de l'Oreille



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555805_0055

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901 — N° 105

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE et CLINIQUE
DES
Polypes de l'Oreille

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Auguste TAILLEFER

Né à Pamiers (Ariège), le 4 Mars 1877

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



CAD.
GAMBETTA
LIB.

LYON
IMPRIMERIE Albert PERRELLON
Cours Gambetta 32

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR,
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des Enfants.	MM. WEIL, agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS. —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale.	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE. —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.).	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; LANNOIS, Assesseur ;
MM. ROLLET, et DURAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail en témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma tendre affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Chevalier de la Légion d'honneur.

Professeur de Clinique chirurgicale

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANNOIS

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le professeur Poncet a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et permettre de placer ce modeste travail sous le patronage de sa haute autorité. Qu'il reçoive publiquement un témoignage de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur agrégé Lannois, revient la première idée de ce travail, que des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous ont pas permis de traiter comme nous l'aurions désiré. Il nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance, et dirigé nos premiers pas dans l'étude de l'otologie. Le souvenir de ses bontés ne saurait s'effacer de notre cœur.

Monsieur Regaud, Chef du Laboratoire d'anatomie générale de M. le professeur Renaut, nous a généreusement prodigué les renseignements histologiques qui nous ont été nécessaires. Nous le remercions bien sincèrement.

Nous remercions aussi M. le Docteur Bernoud, M. le Médecin-major Braün, pour leur aimable complaisance, et tous ceux de nos maîtres civils et militaires qui nous ont témoigné de la bienveillance et de l'intérêt.

CHAPITRE PREMIER

Ce que l'on peut confondre sous la dénomination "polype" de l'oreille

Si l'on remonte dans les temps lointains de l'Histoire de la médecine en général et de la science otologique en particulier, on s'aperçoit que l'existence de néoformations polypeuses de l'oreille était connue depuis très longtemps.

Celse fait une simple mention des polypes.

Dès le XIII^e siècle, on propose de les traiter et effectivement chaque auteur a un manuel opératoire spécial.

Guillaume de Saliceto, Fabrice de Hilden préconisent la ligature et la cautérisation.

Sculdet en fait l'arrachement avec des pinces, et cautérise la racine au fer rouge.

Keister recommande l'excision de la tumeur, la cautérisation de la racine avec le sulfate de cuivre ou la pierre infernale.

A. Paré lui-même, dans ses œuvres, parle « de quelque fluxion tombée aux oreilles, et dont s'engendre ulcère, hypersarcose, ou chair supercroissante, » et il ne manque pas de remarquer que la « surdité qui survient par une

hypercroissance de chair, si elle est fort profonde ne peut se guarir »; après cette courte mention des néoproductions polypeuses, il conseille de les enlever.

Leschevin dit qu'il « peut survenir des excroissances aux ulcères de l'oreille comme à ceux de toutes les parties; mais outre cela, la membrane glanduleuse qui tapisse le conduit auditif est susceptible d'un autre genre d'excroissance, telles que celles que fournit quelquefois la pituitaire dans l'intérieur du nez, et qui sont connues ».

D'après Ravaton, il y a très souvent des "fungus" de l'oreille, principalement chez les scrofuleux, « car chez eux, ils sont entretenus par un vice du sang, l'écrouelleux ».

Incontestablement, les auteurs que nous avons cités connaissaient l'existence des tumeurs polypeuses, et ils avaient été frappés de leur aspect macroscopique particulier de végétation pédiculée, puisqu'ils avaient songé à leur appliquer des procédés d'extraction rationnels et qui conviennent bien à leur forme. Mais ils n'avaient qu'une préoccupation, un but pratique et utile, celui de les guérir, et avec chaque auteur le manuel opératoire s'était amélioré, par modification de méthode, en invention d'instrument, et en somme était arrivé à un degré de perfection remarquable. Malheureusement, n'ayant en vue que le traitement, ces praticiens n'avaient pas cherché s'il pouvait exister entre toutes ces tumeurs polypeuses des variétés, au moins cliniques; mais à l'époque, l'observation clinique elle-même n'était guère scientifique; et d'ailleurs, comme nous le verrons par la suite, dans bien des cas elle n'aurait pas donné de résultats suffisants pour distinguer ces sortes de fungus; le microscope n'était

pas connu, et la possibilité de recherches histologiques, si importantes dans l'espèce, n'était même pas envisagée.

Et cependant, à mesure que nous nous rapprochons des temps modernes, il y a un pressentiment que les tumeurs polypeuses de l'oreille ne sont pas toutes les mêmes ; en effet, nous avons vu l'ébauche de distinction donnée par Leschevin, puisque d'après lui il y a des excroissances vulgaires dues à l'ulcère, et d'autres analogues aux polypes de la pituitaire ; mais Leschevin a été amené à cette vague différenciation par analogie d'aspect, ce qui en diminue de beaucoup la valeur.

En 1820, dans le dictionnaire des sciences médicales, tome XLIV, page 155, il est dit au sujet des polypes : « le nom de polypes est appliqué à des tumeurs nées et implantées dans le tissu cellulaire des membranes muqueuses, Le caractère principal de ces tumeurs est de naître dans les cavités tapissées par ces membranes ; les vrais polypes ne naissent jamais ailleurs. » Si nous appliquons à l'oreille, cette acception primitive du mot polype, nous voyons qu'elle a le mérite de tenir compte du tissu originel et du point d'implantation de la tumeur, (ce qui a bien son importance au point de vue de sa nature); mais son inconvénient est de confondre sous la même dénomination des tumeurs bénignes et malignes pédiculées, par exemple le polype muqueux vrai et l'épithélioma végétant.

Par la suite, on détourne même le mot "polype" de cette signification, on persiste à oublier qu'il n'a qu'un sens de convention, qu'il ne doit indiquer qu'une forme macroscopique commune à bien des productions mor-

bides, et on l'applique arbitrairement à toute production végétante pédiculée, de nature histologique très variable, comme nous allons le voir.

D'ailleurs, en ce qui concerne l'oreille, il semble que la plupart des néo-productions, quelles qu'elles soient, prennent facilement l'aspect polypoïde.

Une première raison est donnée par l'anatomie topographique de la région de l'oreille.

Supposons qu'une tumeur naisse dans le conduit ou dans la caisse moyenne; elle subit un accroissement plus ou moins rapide, mais fatal, et, à une certaine phase du développement, elle atteint des dimensions suffisantes pour être gênée dans son expansion; vu l'exiguïté des cavités de l'organe auditif, il faut qu'elle s'allonge, passe en quelque sorte à la filière dans le conduit et se moule sur lui; quelquefois il lui faut refouler, perforer le tympan, s'étrangler à travers cette perforation. Ainsi, toute tumeur sera réduite finalement à une seule forme, la forme "polype", ainsi appelée, dit Bonnafont, à cause de la ressemblance que les anciens ont cru trouver avec un animal marin.

Comme deuxième raison de confusion, on peut considérer que les nés-productions, soit inflammatoires, soit néoplasiques, de la muqueuse de l'oreille prendront très fréquemment la forme végétante pédiculée. Cette constatation n'est pas spéciale à l'oreille; elle s'applique à toutes les muqueuses de l'économie: il suffit de citer le nez avec ses polypes (que ce soient des polypes muqueux, fibreux, des papillomes, des sarcomes), le rectum, etc. Il semble que ce genre de prolifération soit un mode de réaction particulièrement cher aux muqueuses.

Mais, même en envisageant la question d'une façon très générale, en parcourant l'anatomie pathologique des tumeurs et de certaines productions inflammatoires, on voit qu'il n'en existe pas qui ne puisse, au moins à une certaine phase de son développement, revêtir la forme banale d'un fungus, quel que soit, d'ailleurs le lieu d'implantation et le tissu originel. Ne citons seulement que les bourgeons charnus inflammatoires simples, les fongosités tuberculeuses, certaines formes d'épithélioma, de sarcome, de tumeurs vasculaires. Au premier aspect, ces végétations peuvent être toutes parallèlement pédunculées, mollasses, vaguement rougeâtres, friables au contact du stylet, saignant au moindre attouchement, capables d'être déplacées, mobilisées autour de leur pédicule.

Et fréquemment, par ces seuls caractères précédents, en l'absence d'autre renseignement, il serait bien téméraire de diagnostiquer un sarcome ou une tumeur bourgeon charnu simple.

Ainsi, toutes ces circonstances, les unes particulières à l'oreille, les autres indépendantes de l'organe, sont bien faites pour contribuer à dénommer "*polypes*" des productions de nature très différente.

Cette confusion, faite surtout au début, tend à disparaître, car de nos jours, avec les progrès des études microscopiques, on s'est vite aperçu que la vraie caractéristique d'une tumeur était sa structure intime, dont l'histologie donne la clef, et on a cherché à distinguer les tumeurs par l'histologie : il n'est plus permis de voir figurer le bourgeon charnu à côté du sarcome, sous le même nom de "*polype*".

L'otologie a bénéficié, elle aussi, de ces progrès ;

seulement, nous pouvons nous demander si la distinction histologique a été poussée assez loin, assez rigoureusement, et si elle a été bien légitime ; car on a réservé le mot "polypes" à un groupe de tumeurs bénignes, mais on a laissé incertaine la délimitation de ce groupe, et suivant les classifications diverses, on y a fait rentrer des espèces variables.

Nous n'en voulons pour preuve que l'exposé rapide des principales classifications des "polypes de l'oreille proprement dits", données par les différents auteurs d'égale compétence.

Classification de Steudener.

Elle est d'autant plus importante à connaître, qu'elle a été adoptée par Duplay, et à sa suite, en France, par beaucoup d'otologistes ; d'ailleurs, Sexton, Urbantschisth s'y rallient.

Quoique le groupe des polypes vrais ait été déjà nettement établi par des descriptions isolées (Meissner, Tröltsch), aux recherches de Kessel et surtout de Steudener est dûe la connaissance exacte des caractères histologiques des polypes : c'est le mérite que Duplay reconnaît à ces auteurs.

Polypes muqueux ;

Polypes fibreux, fibromes ;

Myxomes.

Classification de Politzer.

D'abord il y a deux grandes classes :

1° Polypes à cellules rondes, muqueux, cellulaires ;

2° Fibromes.

Puis comme variétés secondaires et rares :

3° Forme angiomateuse;

4° Polypes à travées osseuses ramifiées;

Classification de Moos et Steinbrügge.

1° Granulations;

2° Anglo-fibromes;

3° Myxomes;

4° Fibromes.

Elle est reproduite par Eitelberg dans son analyse des 100 cas de polypes auriculaires recueillis par ces deux auteurs.

Classification de Kiesselbach.

1° Polypes à cellules rondes (granulations);

2° Polypes muqueux;

3° Myxomes;

4° Fibromes.

Classification de Weydner.

Elle a le mérite de donner les nombres respectifs des tumeurs.

Sur 73 polypes examinés, il y avait :

1° Granulations pures, 33;

2° Granulations avec addition de tissu conjonctif, 23;

3° Tumeurs avec prédominance de tissu conjonctif bien développé, 8;

4° Lymphangiome, 1;

5° Télangiectasie, 1;

6° Angiomes caverneux, 3;

7° Cholestéatome, 1;

- 8° Verrue du tragus, 1;
- 9° Tumeur verruqueuse du cartilage du méat, 1;
- 10° Adénome, 1.

Classification de Hartmann.

- 1° Polypes à tissu de granulations;
- 2° Fibromes;
- 3° Myxomes.

Il faut remarquer que Hartmann admet la transformation fibreuse du polype en vieillissant.

Classification de Klingel.

- 1° Myxo-fibrome;
- 2° Angio-fibrome;
- 3° Granulations.

Classification de Gh. Ferreri.

- 1° Polypes fibreux;
- 2° Polypes myxo-mateux.

Il rejette les granulations comme n'étant pas des " polypes ".

Ainsi, la délimitation du groupe des « polypes de l'oreille » est loin d'être nette; il nous semble que les divergences de ces auteurs sont quelquefois plutôt apparentes que réelles. Il se peut que chacun ait eu l'occasion d'examiner des séries de tumeurs, qui présentaient des types plus fréquents que d'autres; mais nous croyons surtout que le manque d'entente est dû aux défauts de terminologie anatomo-pathologique. Ainsi, une même néoproduction, qui n'est qu'un bourgeon charnu ordinaire, mais de vascularisation très riche, peut-être ap-

pelée tantôt télangiectasie, tantôt angiôme, tantôt angiomyxome, angio-fibrôme. Il n'y a là, en somme, qu'une affaire de mots sans importance, mais qui, cependant, peut faire croire à des différenciations, (d'ailleurs arbitraires) et contribuer à augmenter la confusion.

Hamon du Fougeray a dressé une liste de toutes les tumeurs rencontrées par les auteurs dans l'oreille, et décrites sous le nom de « polypes » ; nous la donnons après l'avoir nous-même légèrement modifiée et augmentée.

1° Granulations inflammatoires, soit pures, soit additionnées de tissu conjonctif (Weydner) ;

2° Syphilides (Hermet) ;

3° Manifestations de dermatites végétantes diverses du conduit auditif (Politzer) ;

4° Otomycose parasitaire (Politzer) ;

5° Fongosités tuberculeuses (cas personnel),
parmi les tumeurs dites conjonctives bénignes ;

6° Polype muqueux (Steudener) ;

7° Myxome (Steudener) ;

8° Fibrome (Steudener) ;

9° Angio-fibrôme (Moos et Steinbrügge) ;

10° Kyste dermoïde (Hamon du Fougeray),
parmi les tumeurs vasculaires ;

11° Lymphangiôme (Weydner) ;

12° Télangiectasie (id.) ;

13° Angiôme caverneux (id.),
parmi les tumeurs épithéliales bénignes ;

14° Cholestéatome (Weydner) ;

15° Verruc-papillome (id.) ;

16° Adénome (id.),
parmi les tumeurs épithéliales malignes ;

17° Epithélioma (Politzer) ;

18° Sarcome (id.) ;

19° Ostéosarcome (id.).

Cette liste est probablement incomplète, malgré le nombre relativement élevé de tumeurs citées. Nous ne nous dissimulons pas qu'elle présente aussi des défectuosités, entre autres, celles de classer arbitrairement le cholestéatome dans le groupe des tumeurs épithéliales, et de placer la fougosité tuberculeuse à côté de l'otomycose. Mais avec toutes ces imperfections, nous croyons qu'elle est assez instructive pour donner une idée des confusions et erreurs de diagnostic qui ont été et peuvent être faites, résultat à peu près fatal de la dénomination « polype ».

Ayant eu l'occasion de recueillir dans le service de clinique otologique de M. Lannois, à l'Antiquaille, des "polypes" extraits de l'oreille, il nous a paru intéressant d'en donner l'analyse histologique, en la faisant suivre d'une notice clinique. Nous présenterons chaque pièce de cette manière ; nous verrons si les résultats que nous obtenons sont concordants avec ceux des auteurs antérieurs, quel type anatomique se présente le plus fréquemment ; nous serons amenés à rechercher si le polype fibreux, le polype muqueux, la granulation méritent de posséder une individualité propre ; s'il y a une corrélation véritable entre les formes anatomiques et les formes cliniques et, enfin, nous tâcherons de mettre en évidence, quelles confusions et erreurs de diagnostic, avec leurs conséquences naturelles, ont été ou ont pu être faites, sans l'aide du microscope.

CHAPITRE II

Présentation des polypes examinés

Nous présentons ici les polypes que nous avons eu l'occasion d'examiner ; nous les devons (sauf indication contraire), à l'obligeance de M. Lannois. Chaque fois qu'il a été possible, nous avons fait suivre l'analyse histologique d'une courte notice clinique.

OBSERVATION I

Epithélium : Vestiges, ayant les caractères du revêtement du conduit, Stroma à éléments embryonnaires. Vascularisation très riche. Quelques cellules géantes, mais insuffisamment caractéristiques pour que l'on puisse dire tuberculose.

Fongosité inflammatoire simple.

Depuis 1 mois, M. M., 34 ans, a mal à l'or. G., douleurs, écoulement. Polype volumineux de l'or. G., débordant au méat. On l'enlève en 2 fragments. Surface gris-rosée, bourgeonnante. Surdité depuis 15 jours. Un mois après, nouveau polype, implanté dans le conduit ; cautérisation à l'acide chromique. En août, guérison complète maintenue

OBSERVATION II

Pas d'épithélium. Quelques cellules géantes, dont une seule paraît typique. Tissu de granulation ordinaire, avec très nombreux

vaisseaux. En un point de la périphérie, on remarque des éléments allongés, parallèles, s'envoyant de fines anastomoses, non envahis par l'infiltration embryonnaire, flexueux, ondulés comme une chevelure. Ce sont des éléments fibro-élastiques, (sans qu'on puisse le certifier), et leur situation périphérique évoque l'idée d'une radicule d'implantation tordue et arrachée,

M. D..., 26 ans, consulte, en février 1897, M. Lannois parce qu'il avait reçu un coup sur l'oreille G. qui l'avait rendu sourd immédiatement.

Oreille Dr, sourde depuis 15 ans. En haut et en avant, petite perforation ovalaire, avec très léger suintement. Montre entendue au contact osseux.

Se présente de nouveau en octobre 1898, avec écoulement abondant, fétide, datant de 3 mois. Au lavage, petit polype, nettement arrondi, avec nombreux débris de cholestéatome; implanté en haut et en avant, probablement sur les bords d'une petite perforation. Audition très améliorée immédiatement après l'ablation du polype.

Nuls signes cliniques de tuberculose.

OBSERVATION III

Conduit auditif externe, épithélium de la peau

Non végétation néoplasique.

Mais granulation ordinaire, papillomateuse.

Tuberculose : 2 ou 3 cellules géantes, dont 1 presque caractéristique.

Mais on ne saurait affirmer la tuberculose.

OBSERVATION IV

Epithélium existe sur la plus grande partie de la tumeur. Tantôt épais, dédoublé en 2 couches, l'une superficielle avec cellules lamelleuses, aplaties, en voie de desquamation; la couche profonde, avec cellules polygonales. Tantôt une couche de cellules cubiques, quelques unes caliciformes.

L'épithélium manque parfois, en des points correspondant à des ulcérations.

De nombreuses invaginations de la surface simulent des glandes, cavités kystiques vides ou contenant des cellules rondes.

Stroma : nombreux éléments embryonnaires. Vaisseaux sanguins très nombreux, très dilatés, à paroi très mince, paraissant être des capillaires veineux.

Diagnostic : bourgeon charnu inflammatoire simple, avec caractères de la caisse et du conduit.

L..., 17 ans, suivi depuis 1890. Abscès dans les deux oreilles vers 1888. Or. Dr. rapidement cicatrisée, avec plaques calcaires. Or. G. Continue à couler. Vertige au lavage ; déjà on remarque dans le conduit une petite masse rouge, qui est cautérisée.

Se présente de nouveau en 1899, avec, au même point, un véritable polype, qu'on enlève. La suppuration, dès lors, s'arrête rapidement.

En novembre 1900, l'écoulement se reproduit, on retrouve sur le rebord tympanal, à cheval sur la caisse et le conduit, une granulation grosse comme un grain de chènevis, rapidement guérie par l'applications d'acide chromique. L'acuité auditive remonte à 12^{em}.

OBSERVATION V

Epithélium à hypertrophie papillomateuse par places.

Ulcérations.

Vascularisation très riche.

Granulation simple.

OBSERVATION VI.

Epithélium de la caisse.

Cellules conjonctives adultes, étoilées et éléments embryonnaires.

Vascularisation très riche, amas de sang.

Caractères du polype muqueux et de la granulation inflammatoire,

Ce polype a été extrait de la caisse.

OBSERVATION VII

Pas d'épithélium.

Beaucoup de vaisseaux et de sang.

Granulation simple.

M^{lle} M. D..., 23 ans. En avril 1900, on constate un écoulement à G. depuis cinq à six ans, qui a débuté par des douleurs vives, de courte durée; l'oreille était auparavant intacte. La malade accuse des bourdonnements intermittents, des maux de tête, pas de vertiges.

Il y a quinze jours, deux hémorrhagies abondantes, qui se répètent, et amènent la malade à la consultation. A l'examen, plusieurs polypes, d'aspect très mou, dont l'un vient au lavage; l'autre est enlevé à l'anse froide; insertion en haut et en avant; ultérieurement, on voit qu'ils viennent de la caisse, à travers la membrane de Schrapnell, et le mur de la logette détruit. Traitement à l'alcool boriqué (acide borique 2, alcool à 90° 30) et cautérisation ultérieure deux fois répétée.

En juillet, guérison complète des polypes et de l'écoulement.

En janvier 1901, un peu d'écoulement, mais léger, et audition relativement bonne, puisque la montre est entendue à 30 centimètres.

OBSERVATION VIII

Vraie granulation inflammatoire simple, sans épithélium.

M..., 15 ans. M. Garel lui a déjà enlevé des végétations adénoïdes. Depuis plusieurs années, l'oreille aurait coulé par intermittences.

L'écoulement de l'oreille droite s'est reproduit il y a huit mois,

sans douleurs. Il y a quatre jours, écoulement de sang abondant ; au lavage, il vient un petit polype, arrondi, gros comme un grain de blé. Le tympan est totalement détruit ; le manche persiste dénudé. Insertion en haut et en arrière ; le point d'implantation est caché par le rebord tympanal.

Le malade entend la montre à 10 centimètres. Après l'ablation du polype, l'écoulement a rapidement tari.

OBSERVATION IX

L'épithélium rappelle celui du conduit et a subi par places une hypertrophie papillomateuse.

Granulome inflammatoire.

OBSERVATION X

Pas d'épithélium,

Tissu de granulation inflammatoire simple.

En un point, éléments fibro-élastiques, très analogues à la pièce II, mais à situation plus centrale.

OBSERVATION XI

Pièce très déchiquetée, très vasculaire, très mal conservée, infiltration par de nombreux éléments embryonnaires. Sans doute granulation inflammatoire.

D..., 60 ans.

Le polype venait de l'oreille moyenne. Les récides se reproduisaient après chaque ablation, et cette évolution faisait songer à une tumeur maligne.

OBSERVATION XII

Fongosité inflammatoire simple, sans épithélium.

OBSERVATION XIII

G..., salle Saint-Just.

Révêtement épithélial analogue à celui du conduit, existant partout ; couche épaisse, différenciée en deux lames, la lame profonde envoie des saillies papillaires très prononcées dans l'intérieur de la tumeur. Stroma conjonctif, infiltré d'éléments embryonnaires.

Diagnostic anatomique : Végétation papillomateuse inflammatoire simple.

OBSERVATION XIV

(Cas de H. du Fougeray)

Papillome avec centre embryonnaire inflammatoire.

Implanté dans le conduit auditif externe et peut-être aussi sur la caisse. Grains multiples, durs, presque cornés. Ecoulement dû seulement à l'irritation du conduit. Tympan non perforé. Femme de 40 ans. Sans manifestation symptomatique spéciale.

OBSERVATION XV

(Cas de H. du Fougeray).

Granulation inflammatoire simple typique.

Pédicule sur la caisse, en arrière du promontoire. Remplissait totalement le conduit gauche, apparaissait framboisée au méat. Otorrhée fétide, non soignée, depuis vingt ans. M^e R., 45, bonne santé habituelle. Accidents violents coïncidant avec les règles et indiquant une irritation du pneumogastrique. Ablation à l'anse froide, cautérisation. Pas de récurrence, audition redevenue normale, guérison complète.

OBSERVATION XVI

(Cas de H. du Fougeray).

Polype muqueux vrai avec épithélium, chorion, vaisseaux, cellules embryonnaires, pas de glandes.

Sortait manifestement de la caisse à travers une perforation tympanique. Gros comme un pois, rouge. Femme de 50 ans; surdité, otorrhée, bourdonnements parfois violents.

OBSERVATION XVII

Fongosité inflammatoire simple; ulcérée; très riche en vaisseaux dilatés, remplis de sang; pas d'épithélium.

M^{lle} S., 27 ans. Semble avoir eu un écoulement à gauche dans la première enfance. Très sourde à 11 ans. Oreille gauche coule depuis 13 ans, jamais soignée. Il y a cinq mois, douleurs très vives, écoulement sanglant, plusieurs fois. — Petit polype, venant de la caisse, par une perforation à la partie moyenne du segment antérieur. L'ablation donne beaucoup de sang. Tympan droit cicatriciel. Malade non revue.

OBSERVATION XVIII

Pas d'épithélium. Fongosité inflammatoire banale, avec grosses sections remplies de sang.

M. L., 13 ans. Ecoulement, il y a deux ans, à gauche. Oreille droite perforée. En 1896, dans l'oreille gauche, gros bouchon de débris épidermiques difficiles à enlever. En sept. 1898, opéré de végétations adénoïdes par M. Garel; le lendemain consulte M. Lannois pour un écoulement datant de six mois à droite et à gauche. A gauche, en haut et en arrière, polype assez volumineux, mou, venu au lavage. Deux mois après, polype sortant de la caisse par une perforation du quadrant antéro-supérieur. Cautérisation à l'acide chromique. Guérison.

OBSERVATION XIX

Fongosité inflammatoire banale, sans épithélium.

OBSERVATION XX

Épithélium ayant subi par places une hypertrophie papillomateuse;

manque quelquefois aussi; ulcérations. Amas sanguins considérables, vaisseaux très nombreux, dilatés.

Stroma conjonctif, mou, très jeune. Infiltration par des éléments embryonnaires.

Diagnostic : Granulation inflammatoire simple.

Enfant de 10 ans. Ecoulement des deux oreilles à 3 ans, arrêté à droite, ayant continué par intermittences à gauche. Facies adénoïdien. A été soigné à plusieurs reprises par l'acide chromique et l'eau oxygénée, ce qui était douloureux.

Oreille droite cicatricielle.

A gauche, en haut et en arrière, on trouve un petit polype gros comme un grain de groseille, mou, d'aspect rouge, qu'on enlève à l'anse froide. Le point d'insertion paraît être au niveau du cadre tympanal, en haut et en arrière, où il existe une perforation qui occupe tout le quadrant postéro-supérieur. Après trois cautérisations à l'acide chromique d'avril à juin 1899, guérison complète. L'audition nulle est remontée à 12^{cm} à la montre.

OBSERVATION XXI

Polype d'aspect papillaire. Très déchiqueté.

Pas d'épithélium.

Stroma infiltré d'éléments embryonnaires, et nombreux vaisseaux.

Diagnostic : Fongosité inflammatoire simple.

M. B..., 23 ans.

Ecoulement à droite depuis la première enfance. A 10 ans, on lui enlève un polype. Depuis trois ans, au moins, elle sait avoir une masse de chair dans l'oreille. A l'examen, gros polype framboisé, arrivant presque au méat, et paraissant double, d'aspect blanc-rosé, un peu transparent, enlevé par fragments en trois fois, à l'anse froide et à la curette. Le malade cessa d'être vu; après deux mois de traitement et cautérisations répétées à l'acide chromique, il y avait encore au fond de l'oreille deux grosses granulations, pour lesquelles M. Lannois prescrit l'alcool boriqué.

Ce malade avait un coryza chronique à tendance atrophique sans

ozène, et l'oreille gauche présentait une otite moyenne catarrhale pour laquelle on avait pratiqué trois paracentèses.

L'audition était nulle à droite ; à gauche, après paracentèse, elle était remontée à 35 centimètres par la montre moyenne.

OBSERVATION XXII

Pas d'épithélium.

Éléments embryonnaires très nombreux.

Vastes amas de sang.

Parties très déchiquetées.

Diagnostic : Fongosité inflammatoire simple.

Malade trépané pour mastoïdite.

M. G..., 35 ans, abcès à droite il y a quatre ans, et est demeuré sourd de l'oreille ; il dit que l'écoulement a tari, il y a neuf mois, l'écoulement réapparaît, et n'est pas soigné.

Depuis huit jours, douleurs extrêmement vives, qui indiquent une rétention mastoïdienne. Au lavage de l'oreille, vient un gros polype, aplati, blanc-grisâtre, légèrement rose, mou, d'aspect muqueux. Point d'insertion dans la caisse, en haut et en arrière ; le polype sortait à travers une perforation du quadrant postéro-supérieur.

Dix jours après, trépanation mastoïdienne, et guérison ultérieure.

OBSERVATION XXIII

Épithélium rare. Paraît en voie de destruction.

Tissu de granulation inflammatoire typique.

Très nombreux éléments embryonnaires. Vaisseaux très abondants, gorgés de sang.

Certaines cellules multinuclées sont probablement des cellules de pus.

Diagnostic anatomique : Granulation inflammatoire simple.

M^{lle} S..., 27 ans. Dans l'enfance, coxalgie actuellement guérie. Elle aurait eu des hémorrhagies auriculaires, pendant quatre à cinq

ans, vers l'âge de 20 ans; peut-être s'agit-il d'hémorrhagies supplémentaires, car la malade, réglée à 13 ans, n'a plus vu de règles à partir de 17 ans. Elle affirme que son écoulement de l'oreille gauche ne date que de deux ans.

A l'examen, on voit un petit polype, comme un pépin de raisin, à la partie antéro-supérieure. Après l'ablation, il est facile de s'assurer qu'il vient de la partie supérieure de la caisse à travers la membrane de Schrapnell. Le jour suivant, on cautérise la racine en portant l'acide chromique à travers la membrane de Schrapnell et l'avant-mur carié.

OBSERVATION XXIV

Granulation inflammatoire simple; vestiges d'épithélium ayant tantôt les caractères du conduit, tantôt ceux de la caisse.

OBSERVATION XXV

Caractères de l'épithélium du conduit et aussi de la caisse. Stroma infiltré d'éléments embryonnaires. Très vasculaire. Ulcérations.

OBSERVATION XXVI

On reconnaît par endroits l'épithélium du conduit auditif, ayant subi une hypertrophie papillomateuse. Dans le stroma, éléments embryonnaires et par place accumulation de tissu muqueux. Très vasculaire. Ulcérations.

Cette végétation paraît être un bourgeon charnu inflammatoire simple, avec quelques caractères du polype muqueux.

OBSERVATION XXVIII

Epithélium à cellules cubiques, certaines caliciformes, avec sécrétion muqueuse; enfoncements tubulaires simulant des glandes. L'épithélium manque par places. Stroma: éléments embryonnaires, et aussi cellules connectives étoilées, adultes. Très vasculaire.

Polype muqueux.

M. R..., 60 ans. Otorrhée droite depuis l'enfance, et surdité. Vers 35 ans, souffre de l'oreille, écoulement fétide; on enlève un polype. Depuis douleurs, écoulements intermittents sanglants. A 43 ans, nouveau polype enlevé. Actuellement, elle sent son oreille bouchée, et souffre. En avant du manche, polype comme un pois.

Deux cautérisations à l'acide chromique ne suffisent pas; ablation à l'anse froide. Guérison définitive.

OBSERVATION XXIX

Epithélium : une seule couche de cellules, mal conservée; ulcérations, recouvertes de détritux fibrineux, et de leucocytes polynucléés. Stroma : éléments embryonnaires, et cellules étoilées.

Tient du polype muqueux et du bourgeon charnu; est plutôt un bourgeon charnu.

L..., 14 ans. Otorrhée droite depuis l'enfance, n'ayant jamais cessé. En 1897, polypes, plusieurs fois opérés et cautérisés. En 1898, très gros polype obstruant le conduit, enlevé à l'anse froide. En août 1899, gros polype, enlevé à l'anse. Décembre 1899 : polypes multiples à insertion supérieure, ablation à l'anse et cautérisation. Juin 1900 : 2 grosses masses, en haut et en avant; cautérisation. Le malade refuse un curetage de la caisse.

OBSERVATION XXX.

Epithélium normal de la caisse, cylindrique, à une seule rangée; quelques cellules caliciformes.

Leucocytes nombreux. Stroma : tissu conjonctif embryonnaire, et aussi muqueux à l'âge adulte.

Polype muqueux.

Ch. A..., 17 ans. A 9 ans, à gauche, otite suppurée; depuis elle a toujours eu un peu d'otorrhée, bourdonnements et surdité. Il y a 3 ans, polype enlevé; puis 2 récidives. Actuellement 4^e récidive;

polype rosé, obstruant le conduit; anse froide. Le polype vient tout entier, avec un long pédicule. Au-dessous, persiste en haut et en arrière un petit polype, et toute la muqueuse est très granuleuse.

OBSERVATION XXXI

Revêtement épithélial de la caisse; enfoncements tubulés glandulaires. Tissu de granulation, embryonnaire, avec des amas de tissu muqueux. Ulcérations, amas de sang.

B..., 18 ans. Antécédents de bacillose. Otorrhée double très ancienne, avec audition suffisante pour la voix ordinaire. Depuis janvier 1898, l'oreille gauche s'assourdit, et bourdonnements fréquents. En août, on voit dans le conduit 2 polypes rosés; on en enlève 1. En septembre, M. Lannois, extirpe 2 autres polypes, l'un rose, l'autre blanc-nacré, les 2 tympans sont largement perforés; acide borique et lavages.

OBSERVATION XXXII

Tous les caractères d'une fongosité inflammatoire simple.

Infiltration de la masse par des leucocytes polynucléaires.

Pas de revêtement épithélial.

Depuis sa naissance, l'enfant a mal à l'oreille gauche.

En 1896, M. Lannois lui donne des soins. Ablation du polype le 1^{er} décembre 1899.

OBSERVATION XXXIII

Il n'existe pas de revêtement épithélial; à la périphérie, on voit des débris de tissus, qu'on ne peut caractériser.

Le corps de la tumeur est constitué par des parties à apparence granuleuse, infiltrées par une multitude de cellules petites, rondes, embryonnaires, et d'autres parties où semblent exister des cellules conjonctives adultes, vaguement fusiformes, disposées en trainées.

En outre, en certains points, abondance des leucocytes Mono et polynuclés, à noyau fortement coloré : ce sont des globules de pus.

Vaisseaux très nombreux, à paroi très mince, très rudimentaire ; dilatés et gorgés de sang.

Pas de glandes, ni de kystes.

Un examen attentif au petit grossissement montre par endroits des points jaunâtres, granuleux, et aussi un grand nombre de cellules géantes, disséminées un peu partout dans le stroma : certaines sont très nettes, avec leurs noyaux en croissant ou en couronne, et la zone épithélioïde ; elles sont au milieu de cellules lymphoïdes, de globules de pus, et d'éléments connectifs en hypergénèse.

On voit aussi des parties caséifiées, masses sans structure, épaisses, à centre jaunâtre.

En somme, l'aspect ressemble beaucoup à celui d'une fongosité tuberculeuse articulaire, et donne l'impression d'un processus bacillaire intense.

La recherche du bacille, l'inoculation au cobaye n'ont pas été faites ; mais le diagnostic tuberculose n'en est pas moins certain histologiquement.

Ce polype a été extrait de l'oreille du nommé F..., 23 ans, étudiant.

Avait eu une coxalgie il y a douze ans. Signes actuels de tuberculose avérée, plusieurs hémoptysies, même tout récemment, ce qui l'avait obligé à cesser ses études. Il se présente en juin à M. Lannois disant qu'il a une otorrhée à gauche depuis janvier. A la fin mars, apparaissent des polypes, enlevés par fragments par le Dr Piaget, de Grenoble.

Strabisme de l'œil gauche depuis un mois ; antérieurement, il avait eu plusieurs fois du strabisme passager.

Il vient consulter, se plaignant de douleurs très vives à la région mastoïdienne ; dans le conduit et la conque, énorme polype, comme le petit doigt, s'enlevant avec la plus grande facilité tout entier à l'anse froide. C'est une masse couverte de pus, présentant des ulcérations et des points d'aspect jaunâtre, tranchant sur la couleur

blanc-rosée de l'ensemble (points tuberculeux ramollis). Après l'ablation, abondante hémorrhagie. Il n'est pas douteux que la mastoïde soit atteinte; toutefois, il ne faut pas songer à l'opération en raison de la gravité de l'état général.

F... se représente en septembre; le polype a récidivé, mais il est moins gros, d'ablation facile. Toujours des signes de mastoïdite et de carie du rocher. Le malade est mort au bout de quelques mois, par suite d'hémoptysies.

OBSERVATION XXXIV

Cordons épithéliaux, du type malpighien, végétant en tous sens dans un stroma, riche en vaisseaux. Ces cordons sont infiltrés de leucocytes. Pas de globes cornés. Nulle part le tissu conjonctif n'est envahi. Par endroits, aspect d'un néoplasme intermédiaire entre le papillome et le cancroïde; mais en d'autres points, aspect caractéristique d'épithélioma. Épithélioma de la caisse.

M^e D., 61 ans. Pas de syphilis. Depuis 4 ans, démangeaisons dans le conduit, écoulement séreux trouble. Depuis octobre 1899, quand elle se grattait il sortait du sang; douleurs localisées dans l'oreille qui vont en augmentant; des incisions ont donné un pus abondant. En novembre, consulte M. Lannois, qui constate des masses dans l'or. Dr., *qu'on a dénommées « polypes »*; écoulement de pus verdâtre, très fétide; surdité. La joue a augmenté de volume, la tuméfaction est comme le poing, s'étendant aussi à la mastoïde. Dans le conduit, fait saillie une masse charnue, rosée, ulcérée, à l'extrémité, de 0.05 de long et de large, mollasse. Au-dessous de l'angle externe de l'œil, tumeur nettement fluctuante; le reste de la tuméfaction est un œdème dur avec quelques points fluctuants; une incision au-dessus de l'oreille donne issue à du pus verdâtre, épais. Hémiparalysie faciale Dr.; mastoïde Dr. douloureuse à la pression. Audition; 0 à Dr.; à G. montre à 0.04. Le diapason sur le front n'est entendu d'aucun côté.

Amaigrissement, et signes d'anémie prononcée plutôt que de cachexie. Œdème bilatéral aux membres inférieurs. Souffles au cœur; rien aux urines.

Le 26 mars 1900, hémiatrophie linguale Dr.

Le 29 mars, mort. Autopsie : le néoplasme articulaire a perforé la base du crâne, traversé le rocher, envahi la voûte moyenne de la base. Le lobe temporal est envahi par contiguité : lésions pénétrant jusqu'à 0,01 de profondeur, intéressant la substance grise; la substance blanche sous-jacente est ramollie, avec piqueté hémorragique. Au cœur, un peu d'athérome des valvules aortiques et un peu d'insuffisance mitrale. Rien d'anormal dans les autres appareils; nulle autre localisation cancéreuse d'autre part.

CHAPITRE III

Des " Polypes de l'oreille proprement dits "

De la lecture des analyses histologiques que nous venons de donner, se dégage nettement cette idée que toutes ne se ressemblent pas, que certaines néanmoins ont beaucoup de caractères analogues. Nous avons remarqué que ces néo-productions pouvaient être rangées en plusieurs classes au point de vue histologique.

1° Tumeurs ayant la structure d'un bourgeon charnu inflammatoire simple, sans revêtement épithélial (observ. VII, XII, etc).

2° Tumeurs de même constitution, mais avec revêtement :

a) Les unes ont un épithélium très semblable à celui de la peau du conduit auditif (observ. 1).

b) D'autres ont un épithélium très épais, et en certains points l'aspect papillomateux est frappant (observ. V, XIV, etc).

c) Quelques-unes ont un revêtement analogue à celui de la muqueuse de caisse, épithélium cylindrique, quelquefois caliciforme, et glandes tubulées ; dans leur

stroma on remarque, non seulement des éléments embryonnaires, mais encore des cellules de tissu conjonctif nouvelles et parvenues à l'état adulte, muqueux (observ. XVI, XXVIII, XXX).

d) Dans deux tumeurs seulement, une partie du stroma non infiltrée est constituée par des éléments fibro-élastiques (observ. II, X).

3°. Quelques-unes ont la constitution typique du bourgeon charnu, et contiennent en outre des cellules géantes tuberculeuses (observ. XXXIII, I, II, III).

4° Enfin, il y en a qui sont de véritables néoplasmes épithéliaux (observ. XXXIV et peut-être aussi XI).

En résumé la plupart des tumeurs ne sont que des granulomes inflammatoires simples, sans revêtement, avec revêtement épithélial, avec revêtement muqueux et cellules conjonctives adultes, avec éléments fibro-élastiques ; il y a aussi des granulomes tuberculeux, et des néo-productions épithéliales malignes.

Disons tout de suite que les tumeurs à caractères tuberculeux et cancéreux doivent être absolument séparées des granulations inflammatoires simples ; nous leur consacrerons une étude spéciale dans les chapitres suivants. Parmi les tumeurs qui restent analogues au bourgeon charnu ordinaire, les unes, les plus nombreuses, semblent correspondre plutôt aux granulations ou fongosités, les autres, les plus rares, aux genres polypes muqueux, polypes fibreux, tumeurs papillomateuses, décrits déjà par les auteurs sous le nom de « polypes ». *Les vraies granulations doivent-elles être distinguées des autres genres de « polypes auriculaires » ?*

La question doit-être envisagée au point de vue his-

tologique d'abord, et au point de vue clinique et pratique ensuite.

Histologiquement parlant, nous avons vu, d'après les classifications précédemment exposées, que les auteurs ne sont pas d'accord ; les uns les réunissent, les autres les séparent.

Steudener, Duplay, Samuel Sexton, Urbantschitch, Ferreri Gh., les séparent. Duplay dit que certaines fongosités peuvent avoir une forme polypoïde, mais que ce ne peuvent être des polypes. Car d'après lui, sous cette désignation, on a confondu des fongosités du tissu conjonctif, provenant soit des parties molles, soit des os, avec de véritables pseudo-plasmes présentant une structure histologique propre (polypes muqueux vrais, fibromes, myxomes). Seules, les recherches histologiques modernes ont établi entre les deux genres une distinction qui souvent ne peut-être faite d'après les caractères extérieurs. Les polypes vrais ont des caractères nettement décrits par Steudener et Kessel, qui ne permettent pas la confusion avec ces granulations fréquemment observées dans le conduit auditif externe, et qui sont considérées comme des polypes ; histologiquement ils en diffèrent par l'absence de couche épithéliale, de couche papillaire, de glandes ; ils contiennent des fibres lamineuses entre-croisées en tous sens, circonscrivent des mailles lâches, remplies d'une substance amorphe, transparente, uniformément granuleuse, à vaisseaux assez abondants.

D'autre part, Duplay décrit nettement ce qu'il appelle le « polype muqueux » avec couche épithéliale pavimenteuse stratifiée, cylindrique ou même vibratile, variable

suivant le point de la tumeur considéré ; si la gaine épithéliale est épaisse, les cellules superficielles sont aplaties, analogues à celles de la couche cornée de l'épiderme, les cellules profondes polyédriques, rappelant le chorion d'une muqueuse, avec des cellules fusiformes et étoilées, des éléments embryonnaires, et de la mucine infiltrée. La surface a un aspect vilieux, dû à l'hypertrophie de nombreuses papilles. Les vaisseaux sont nombreux, dilatés, minces, quelquefois formant des anses sous les papilles. Parfois la tumeur, très vascularisée, a l'aspect caverneux. Elle présente aussi des glandules, ou plutôt des invaginations de l'épithélium en forme de tubes.

Au contraire, Klingel, Hartmann, Weydner, Kiesselbach, Moos et Steinbrügge, Politzer, Mignon réunissent dans la même étude les granulations et polypes. Weydner surtout a contribué à provoquer la confusion ; la distinction est d'après lui arbitraire. Le plus grand nombre des polypes de l'oreille associés à l'otorrhée chronique sont de simples granulations ; à la longue, les vieilles productions subissent la transformation conjonctive, mais dans certaines on peut retrouver encore des cellules rondes (obs. VI, XXIX), principalement à la périphérie, et d'une manière très générale il faut croire que tout polype de l'oreille est d'abord une tumeur composée de granulations, qui tendent à la métamorphose conjonctive, bien que souvent elles n'y parviennent pas (Weydner).

Politzer, dans son Traité des oreilles, ne songe même pas à établir une distinction.

Selon M. Mignon, « le polype n'est en somme qu'un bourgeon charnu volumineux », et son opinion est fondée sur l'analogie des caractères extérieurs, et l'analogie de

structure histologique, « puisque les polypes sont formés comme les bourgeons charnus d'amas de cellules embryonnaires traversés par des vaisseaux nombreux. »

D'après nos préparations histologiques, il nous semble qu'il y a une part de vérité de côté et d'autre. A la suite de Duplay, de Hamon du Fougeray, nous reconnaissons que certaines productions avec revêtement épithélial analogue à celui de la caisse et stroma à éléments muqueux correspondent assez bien au type du « polype muqueux vrai » ; mais ce type est rare, il y a des néo-formations à caractères mixtes, et nous sommes obligés de convenir avec Weydner, que certains polypes ont à peu près la constitution du granulome ordinaire à peine modifiée. D'ailleurs nous montrerons comment le même processus inflammatoire chronique de l'otite peut donner les granulations et les vrais polypes.

Au point de vue pratique, les auteurs semblent d'accord pour dire que la granulation et le vrai polype doivent être confondus dans la même symptomatologie clinique. Duplay avoue qu'il est souvent impossible d'établir une différenciation quelconque, et il ajoute que cette incertitude n'a aucune importance pratique. Selon M. Mignon, « bourgeons charnus et polypes sont rouges, saignent facilement et se déchirent sous la pince ».

Enfin Eitelberg, dans son opuscule sur les polypes de l'oreille et leur traitement, après avoir distingué au chapitre Histologie, les granulations, les angiofibromes, myxomes et fibromes, n'emploie plus au chapitre Etiologie que les mots équivoques de « polypösen Wucherungen », « polypösen Excrescenz », « Polypen », « Polypenbildung ». La distinction histologique n'a plus de

valeur en clinique, et si les diverses tumeurs polypeuses ont des caractères spéciaux, c'est plutôt en raison de leur point d'implantation, de leur grosseur, et non de leur structure, comme le montrent nos observations.

Distinctions entre les Polypes vrais.— En ce qui concerne les classifications des polypes dit « vrais », les différences entre les auteurs sont plus apparentes que réelles. Presque tous admettent les deux types fondamentaux, « polype muqueux » et « fibrome ». Nous avons déjà donné la description du premier type selon Duplay ; d'après le même auteur, le polype fibreux (assez rare), a pour origine la couche périostique du conduit, ou de la caisse, ou même la couche fibreuse du tympan. L'épithélium est comme celui de la peau, avec papilles ; dans le stroma conjonctif, sont des cellules fusiformes, étoilées ; une structure fibrillaire ; il y a très peu de vaisseaux ; pas de glandes, pas de kystes ; quelquefois des dépôts osseux, calcaires.

Klingel parle d'angio-fibrôme, de myxo-fibrome, comme Moos et Steinbrügge.

Duplay décrit aussi comme tumeur, exceptionnellement rare, le myxome. Steudener n'en aurait trouvé qu'un seul. La tumeur provenait de la caisse ; elle avait un épithélium pavimenteux, à plusieurs couches, un stroma amorphe homogène, des cellules fusiformes, étoilées, s'envoyant des anastomoses, et quelques cellules analogues à des leucocytes.

Politzer donne du fibrôme une description un peu différente de celle de Duplay, et la caractéristique de cette tumeur est selon lui, non les éléments fibreux, mais la présence de papilles très hypertrophiées provenant de

l'épithélium de revêtement et s'enfonçant profondément dans le stroma.

Histologiquement, nous avons trouvé nous-même certaines tumeurs à revêtement analogue à celui de la caisse, et répondant assez bien au " type polype muqueux " de Duplay (observ. xvi, xxviii); d'autres à épithélium d'aspect parfois papillomateux, correspondant sans doute au " fibrome " de Politzer, (observ. v, xiv); et enfin d'autres pièces possédant des éléments nettement fibro-élastiques, en contraste avec le tissu embryonnaire environnant : ce type répond sans doute au " fibrome " décrit par Duplay (obs. ii, x).

Nous ferons remarquer que les auteurs, d'une façon générale, confondent aussi l'histoire clinique des polypes muqueux, fibreux, angio-mateux, etc.

En vérité, si nous comparons nos pièces histologiques avec ces descriptions variables avec les auteurs des " granulations, des polypes muqueux, fibreux, myxomateux, angiomateux ", nous constatons que les types qu'on a essayé d'individualiser ne sont pas nets. Ainsi certaines de nos pièces à structure de bourgeon charnu simple, ont un revêtement épithélial, total ou partiel (obs. i); cependant, selon Duplay, les granulations précisément ne sont jamais revêtues d'épithélium : mais alors à quel type correspondent-elles ?

Il nous semble que Weydner est bien près de la vérité, quand il assimile toutes les végétations polypoïdes (granulations et polypes). Et d'après nos pièces, nous croyons en somme, que (polypes tuberculeux et cancéreux, mis à part) les différences histologiques elles-mêmes, quoique réelles, ont une importance très minime comme

signification: nous allons l'expliquer en faisant l'anatomie pathologique de l'oreille atteinte d'otite moyenne purulente chronique, d'après les idées de Politzer.

L'organe auditif présente trois parties différentes histologiquement :

1° Le conduit auditif, revêtu d'un épithélium en somme très analogue à celui de la peau, reposant sur du cartilage ou de l'os revêtu de son périoste ; comme seuls éléments glandulaires, des glandes cérumineuses tubulées, analogues aux sudoriparés de la peau.

2° La membrane tympanique, avec ses trois couches : La couche externe dermique, revêtue d'épithélium pavimenteux à plusieurs couches, du type malpighien, et des éléments connectifs. La couche moyenne, comprenant des éléments connectifs, certains même fibreux. La couche muqueuse interne, revêtue d'épithélium cylindrique cilié ou non, normalement hérissée de petites saillies villiformes (selon Gerlach).

3° L'oreille moyenne est revêtue d'une muqueuse à épithélium cylindrique, soutenue par un stroma connectif, une lame périostique, et enfin l'os lui-même.

Nous ne parlons pas de l'anatomie du pavillon, de l'oreille interne, du diverticule mastoïdien, qui n'intéressent nullement notre sujet.

Ces notions d'histologie normale très courtes vont nous suffire pour comprendre la genèse des granulations et des polypes sous l'influence des mêmes conditions pathologiques.

Sous l'action incessante et irritante de l'inflammation chronique réalisée dans l'otorrhée, la peau du conduit auditif va subir une hyperplasie, une augmentation

d'épaisseur, elle va se soulever en constituant une saillie. Les éléments conjonctifs situés au-dessous (sous l'action de l'inflammation aussi), vont proliférer, donner des éléments embryonnaires, qui s'ajoutant aux leucocytes diapédésés hors des vaisseaux, vont repousser l'épithélium, et exagérer la saillie formée dans le conduit auditif; et les vaisseaux de cette couche participant eux-mêmes à la phlegmasie vont proliférer, s'avancer dans le bourgeonnement polypiforme constitué. A ce stade, une coupe de ce bourgeon donnerait un revêtement épithélial épaissi, envoyant des prolongements papilliformes dans le corps de la tumeur, laquelle contiendrait des éléments embryonnaires et des vaisseaux nombreux, dilatés; l'aspect général serait celui d'un papillome inflammatoire. On ferait le diagnostic anatomique: bourgeon charnu inflammatoire simple, semblable à un papillome, et revêtu d'épithélium. (Observ. V, XIV.)

Si le processus d'inflammation, d'hyperplasie des éléments conjonctifs sous-dermiques a été très intense, l'épithélium aura cédé à un certain moment sous la poussée des éléments embryonnaires, et alors la coupe présente l'aspect d'un bourgeon charnu inflammatoire sans aucun revêtement. (Observ. VII, XII.)

Ainsi l'inflammation chronique au niveau du conduit auditif externe peut donner des végétations polypeuses ayant la structure d'un granulome inflammatoire avec ou sans revêtement épithélial.

La même inflammation chronique atteignant le tympan, va provoquer des végétations polypeuses analogues des couches épidermiques et dermiques (ce que Nassi-loff appelle la « myringite villeuse »). Quant à la couche interne, on peut la considérer comme une portion du revêtement muqueux de la caisse.

La membrane propre du tympan, de nature fibreuse, sous l'influence de l'irritation donnera des excroissances polypiformes à texture naturellement fibreuse: on aura un polype fibreux, au microscope.

L'otorrhée dans la caisse moyenne, va produire ici surtout des altérations.

La couche épithéliale de la muqueuse va s'accroître, en gardant ou non ses cellules vibratiles. Le tissu sous-épithélial aura des vaisseaux injectés, sinueux, dilatés, à renflements variés; le réseau vasculaire s'augmentera d'ailleurs de vaisseaux néoformés, friables, à paroi très mince.

Les lymphatiques subiront une hyperplasie analogue.

Dans le stratum connectif, il y aura infiltration de cellules embryonnaires très nombreuses, d'un exsudat finement granuleux. Ce tissu conjonctif va s'accroître, donnant des excroissances parfois pédunculées, souvent il se formera de petits mamelon rouge-clair isolés ou groupés; plus rarement des excroissances volumineuses. Ainsi la muqueuse aura subi une dégénérescence polypeuse, elle sera hyperplasiée et infiltrée d'éléments embryonnaires.

Si le processus a été peu intense s'est borné à provoquer l'épaississement et quelquefois l'altération du revêtement cylindrique et du stroma conjonctif, et aussi des vaisseaux, au microscope la tumeur apparaîtra comme un polype muqueux vrai, de constitution analogue aux polypes muqueux du nez, (obs. XVI). Si le processus a provoqué la destruction de l'épithélium, on n'aura plus que la structure d'un bourgeon charnu.

Enfin dans la caisse, le périoste lui-même, peut donner des excroissances qui auront une constitution fibreuse.

et l'os sous-jacent peut être malade, présentant tous les phénomènes inflammatoires spéciaux d'ostéite et de carie.

Notons que le processus phlegmasique atteint de préférence la caisse moyenne ; d'autre part, il faut remarquer que sous la même influence d'irritation inflammatoire se sont développés, à côté des formations polypeuses, des destructions des tissus, des ulcérations, de la carie, en somme des phénomènes de phtisie, et aussi, là où le processus n'a pu agir d'une manière assez intense, des épaissements cicatriciels, des plaques osseuses ou calcaires.

Après cet exposé anatomo-pathologique, nous croyons que les relations des diverses tumeurs polypoïdes s'éclaireront d'un jour un peu nouveau, et aussi leurs conditions étiologiques.

D'une manière générale, les cellules embryonnaires soulèvent le revêtement épidermique, et se transformant en globules purulents, qui se détachent, elles entraînent avec elles ce revêtement : ainsi quel que soit la région de l'oreille (conduit, tympan ou caisse) très souvent l'hyperplasie des éléments connectifs et leur transformation en éléments embryonnaires, avec vaisseaux très nombreux, réalisera le polype à structure de " bourgeon charnu " typique, c'est-à-dire sans revêtement.

Si le revêtement est épargné (fait plus rare), échappe à la destruction et s'hypertrophie lui-même comme les éléments conjonctifs sous-jacents, on aura dans le conduit auditif la réalisation du " polype papillomateux ", et, dans les mêmes conditions, dans la caisse, le " polype muqueux ".

Enfin l'hyperplasie d'un tissu fibreux, soit du périoste

du conduit ou de la caisse, ou de la couche propre tympanique, ou bien la transformation fibreuse des éléments embryonnaires d'un granulome ordinaire réaliseront le polype dit " fibrôme ".

Dans toutes ces tumeurs, il y aura une vascularisation très riche ; si cette vascularisation est le caractère prédominant, on décorera le polype du nom " d'angio-fibrome ", " angio-myxome ", etc. Voici d'ailleurs (d'après Moos et Steinbrügge), comment se formeraient les angio-fibromes aux dépens des tumeurs à granulations (granulomes).

« Les cellules de la gaine adventice (du parépithélium) de nombreux vaisseaux desquament ; il se produit des cordons cellulaires, s'anastomosant, formant un réseau. D'autre part, l'endothélium desquame, la paroi du vaisseau s'épaissit. Sous l'influence de ce processus, avec le temps, les vaisseaux peuvent s'oblitérer, et la tumeur devenir pauvre en vaisseaux ; les cordons cellulaires anastomosés se condensent, leurs éléments cellulaires deviennent des cellules fusiformes, puis des fibres du tissu conjonctif. »

Ainsi l'analyse histologique de nos polypes où nous retrouvons ces détails nous montre qu'ils diffèrent en somme très peu, que les types de Steudener et de Duplay sont plutôt schématiques, qu'enfin existent des types mixtes, intermédiaires entre la " granulation " et le " polype vrai ", où il nous est donné de saisir en quelque sorte la métamorphose (obs. vi, xxvii). Par l'anatomie pathologique de l'otite moyenne chronique, nous avons pu comprendre comment le même travail inflammatoire donnait naissance à ces genres de végétations polypeuses, avec quelques caractères variables, suivant le lieu d'implantation, l'intensité du processus d'abord irritatif, puis

destructif. Il y a trop de liens de parenté pathogénique entre ces tumeurs pour les différencier rigoureusement.

Nous nous croyons, par conséquent autorisés à confondre dans une même étude leur étiologie, symptomatologie, diagnostic, pronostic, traitement : c'est dire qu'au point de vue pratique, les types histologiques s'effacent entièrement. En cela, nous sommes d'accord avec la grande majorité des auteurs, et notamment avec Duplay lui-même, comme nous l'avons vu. D'ailleurs l'histoire clinique de ces tumeurs confirmera notre conception.

Étiologie des végétations polypeuses. — Nous avons vu qu'on a remarqué l'analogie de ces tumeurs avec les polypes muqueux de la pituitaire (Leschevin), avec les bourgeons charnus des vieux ulcères (A. Paré, Mignon).

Ces remarques sont très justes : nous avons montré en étudiant l'anatomie pathologique de l'oreille dans l'otorrhée comment on pouvait concevoir la naissance de ces néoformations dans l'action de l'inflammation chronique. Celle-ci, par une irritation prolongée a modifié profondément la texture et la vascularisation des tissus atteints, spécialement de la caisse, et a donné ces bourgeons charnus sans tendance à la disparition spontanée, ou ces tumeurs conjonctives organisées, qui vont persister ou même s'accroître. Pourquoi nous étonner de voir apparaître des polypes dans les otites perforatives, à côté de foyers ulcéreux, d'ailleurs entretenus assez souvent par des lésions osseuses ? La liaison paraît évidente entre le polype, la perforation du tympan, la suppuration, l'ostéite, effets divers d'une même cause. Dans toute plaie chronique, transformée en ulcère par

L'irritation prolongée, l'infection incessante, nous trouvons pareilles végétations polypeuses. La phlegmasie chronique produit très souvent partout où elle agit ces bourgeons exhubérants, en réalisant des altérations du revêtement, (hyperplasie ou destruction) des altérations des vaisseaux (dilatation des réseaux préexistants, création de vaisseaux néoformés), qui entraînent des phénomènes d'œdème d'ordre inflammatoire (épanchement interstitiel de sérosité, diapédèse de globules du sang), des altérations du tissu lui-même (hyperplasie du tissu connectif, formation de nouvelles cellules embryonnaires), etc., détails que nous a révélés l'analyse histologique de nos polypes.

Point n'est besoin d'invoquer avec Tröltsch la persistance anormale et le développement tardif d'un tissu muqueux qui remplit l'oreille moyenne du nouveau-né.

De même, pourquoi chercherait-on à expliquer les polypes par la dilatation de glandes, et la transformation en kystes de rétention? C'est là une hypothèse bien improbable, car l'examen histologique attentif nous a montré l'absence de glandes et de kystes dans les pièces que nous avons examinées. Sans doute, le microscope nous montre dans certaines tumeurs (obs. XXVIII) des sortes de conduits tubulés à revêtement épithélial : ce sont des invaginations de la surface, coupées plus ou moins obliquement. De même nous avons vu des cavités, non revêtues d'épithélium, de forme ronde ou étoilée, vides ou contenant des éléments embryonnaires ; (obs. IV) ce sont des sections de vaisseaux sanguins ou de lymphatiques dilatés ou obstrués, et leur contenu n'est autre que du sang en voie de transformation régressive (obs. XXIII) ou des leucocytes. Les seuls éléments glan

dulaires rencontrés à la surface de ces tumeurs sont des cellules à mucus, et des cellules caliciformes (obs. IV, XXVIII).

Comme il existe de vieux otorrhéiques qui n'ont jamais eu de polypes, des auteurs (entr'autres Eitelberg) croient à une « diathèse polypeuse » ; d'après lui, elle serait identique à la diathèse lymphatique, et dans un cas personnel, il aurait vu le traitement général amener la disparition des polypes, et, dans un autre cas, l'ablation d'un polype amener rapidement la cessation d'un état général très débile. Il est très probable que ces deux faits sont susceptibles d'une toute autre interprétation, et il est presque ridicule aujourd'hui de donner pareille explication des polypes de l'oreille. D'ailleurs, comment expliquerait-on chez un même sujet atteint de « diathèse polypeuse », la présence de végétations dans une seule oreille, quand l'autre est aussi atteinte d'otorrhée (observations XVIII, XXXI).

ETIOLOGIE

Fréquence. — Les polypes sont très fréquents dans les maladies d'oreille : 1 polype sur 28 otopathies (Hissel), 1 sur 15 (Schwartz) : probablement ces chiffres sont trop faibles.

Sexe. — L'homme est plus fréquemment atteint que la femme, dans le rapport de 1,44 (Urbantschitsch), parce qu'il est plus exposé aux infections, c'est-à-dire aux otites.

Age. — Ces tumeurs seraient le plus fréquentes entre la 20^e et 30^e année, selon Eitelberg : car le polype est en général une complication tardive d'une otite.

Otorrhée. — L'otite moyenne purulente chronique est le facteur étiologique le plus important. D'une part, le polype succède à l'otorrhée persistante, même en l'absence de carie (Eitelberg), et, d'autre part, le polype à son tour entretient l'écoulement otorrhéique : il y a cercle vicieux interminable (Lannois).

Nos observations confirment absolument ces remarques.

On a aussi remarqué la coexistence des polypes et des végétations adénoïdes : 11 adénoïdiens pour 45 oreilles polypeuses (Souza-Leite). Nous-mêmes avons retrouvé cette relation. (Observations VIII, XVIII, XX).

Ceci s'explique, quand on songe aux étroites connexions anatomiques et pathologiques du rhino-nasopharynx et de l'oreille. De même, certains de nos sujets avaient d'autres maladies du nez ou du pharynx. (Observation XXI).

Quant aux maladies générales, scarlatine, typhoïde, scrofule, etc., elles ne jouent qu'un rôle indirect dans la genèse des polypes, en provoquant ou entretenant l'otorrhée.

Rarement le polype apparaît d'une manière précoce. (Observation I). Eitelberg a même signalé un cas exceptionnel d'inflammation de la caisse avec formation d'un polype sans perforation du tympan.

Sans doute l'intensité ou la nature spéciale de l'agent irritant ont suppléé dans ce cas à l'infection prolongée.

Nous n'avons pas dans nos pièces de polypes primitifs ou congénitaux ; nous ne pouvons les étudier ici.

SYMPTOMATOLOGIE DES POLYPES

Les polypes impriment des caractères spéciaux à l'otorrhée, atteignent l'acuité auditive, et provoquent des troubles douloureux et nerveux.

L'écoulement est par intermittences sanguinolent (observations VII, XVII, XXVIII), quelquefois il y a presque otorrhagie (observ. VIII, VII), quelquefois l'otorrhagie coïncide avec la menstruation (obs. XXIV et XV). Nous avons vu, à l'analyse histologique, que ces tumeurs sont très richement vascularisées (obs. XXIV), qu'elles sont ulcérées (obs. XVII, XXXI), et certaines sont presque des tumeurs érectiles ; dans quelques-unes, il y a de vastes amas sanguins (obs. XXXI, XX, XXII).

L'écoulement est fétide (obs. XXVIII) car le polype, par obstruction, entraîne la stagnation du pus, et favorise par suite sa décomposition putride ; d'ailleurs, ce pus contient des débris sphacelés du polype.

L'otorrhée ne tarit pas (observ. XX). Car le polype persistant est une cause permanente d'irritation inflammatoire. En outre, il contribue directement à l'écoulement, par la sécrétion de ses cellules muqueuses et caliciformes.

La surdité est à peu près constante, elle est profonde, sans rémissions. Le polype agit souvent à la façon d'un corps étranger (observ. XXXI).

Dans l'appréciation de la dysécécé, il faut d'ailleurs tenir grand compte des ravages de la vieille otorrhée.

Les polypes provoquent parfois des sensations de gêne, d'obstruction, de pesanteur dans l'oreille (observ. XXI,

XXVIII). Mais le fait est plutôt rare, et il est de par le monde bien des oreilles polypeuses sans le savoir, parce que l'organe auditif s'habitue facilement à la présence de ce corps étranger. Souvent les polypes donnent des douleurs (observ. XXVIII, XVII, I), sans doute parce qu'ils subissent des poussées inflammatoires et congestives, exercent des tiraillements sur la muqueuse d'insertion.

Comme troubles nerveux fréquents, les polypes donnent des accès de vertige, des bourdonnements à caractère intermittent, et généralement désagréables, sans gravité (observ. XXX, XXXI, VII).

Ces manifestations peuvent être rapportées soit à l'irritation du conduit (surtout dans sa portion osseuse), soit à la compression exercée sur le liquide des canaux semi-circulaires, par l'intermédiaire du tympan, de la chaîne des osselets, des fenêtres (tympan secondaires).

Parfois aussi il y a des douleurs irradiées à l'hémicrâne, à forme névralgique, dues à l'irritation et la compression de nerfs.

Quant aux phénomènes nerveux réflexes plus graves, tels qu'accès épileptiformes, irritation du facial, du pneumogastrique (observ. d'Hamon du Fougeray), des autres nerfs crâniens, phénomènes cérébraux, cérébelleux ou méningitiques, nous ne les avons pas notés dans nos observations ; ils nous paraissent très rares, exigeant peut-être une impressionnabilité nerveuse spéciale chez les malades. Cependant des auteurs ont rapporté des cas authentiques ; tel celui de Suarez de Mendoza.

Tous ces phénomènes sont communs à beaucoup d'otopathies (corps étrangers, inflammations, tumeurs), et bien que les polypes impriment à une vieille otorrhée

une physionomie un peu spéciale, ils ne constituent que des signes présomptifs; seul l'examen direct au spéculum, et au stylet pourra affirmer la présence d'une tumeur polypeuse, qui sera reconnue aux caractères suivants.

Caractères macroscopiques. — L'examen de l'oreille peut nous montrer des polypes implantés partout, mais par ordre de fréquence ils seront dans la caisse, sur le tympan, sur les parois du conduit; dans la caisse, ce sera surtout la paroi interne et supérieure; sur le tympan, le segment postéro-supérieur et la membrane de Schrapnell, sur le conduit la paroi postéro-supérieure de la portion osseuse; enfin certaines tumeurs sont sur le cadre tympanal, empiétant sur le conduit et sur les parois de la caisse (observ. IV, XV).

Tels sont les résultats qui se dégagent de nos observations, et concordent d'ailleurs avec ce qui était déjà connu. Nous avons trouvé les "granulations" partout, les "polypes à éléments muqueux" seulement dans la caisse.

Le pédicule est plus ou moins bien formé. La polypédiculation n'est qu'une pseudo-polypédiculation, due à des adhérences inflammatoires secondaires, et dans les cas de ce genre il faut détruire le vrai pédicule, qui est seul capable de reproduire la tumeur.

Les polypes sont plus ou moins mobiles, suivant la nature du pédicule.

La coloration est généralement rouge, quelquefois très opaque si le polype est très irrité et congestionné. Selon Politzer, les parties abritées sont rouges, les parties exposées à l'air, blanchâtres, comme sclérosées (obs. XXXI).

Le volume est variable, généralement ils sont comme

un pois (observ. XXVIII, XX) ; parfois ils constituent d'énormes tumeurs visibles au meat (XXIX, XXI).

Ils sont isolés ou multiples (observ. XXIX, XXXI). Toujours, on doit se méfier de la multiplicité.

La forme est arrondie, piriforme, ou variable suivant les déformations par pression, moulage.

La surface est tantôt lisse, comme tendue, tantôt framboisée.

La consistance est généralement molle, gélatineuse, ou un peu indurée.

Le développement des tumeurs polypeuses est généralement lent, ou stationnaire, quelquefois plus rapide (obs. I).

Tous ces caractères appartiennent aux végétations polypeuses de l'oreille, qu'elle que soit la texture histologique (granulation ou polype).

Cependant, on a dit (Duplay, Politzer) que dans le cas de "fibrôme" la croissance était très lente, que le caractère sanguinolent de l'otorrhée n'existait pas, que la consistance au stylet était plus indurée ; la "granulation simple" serait plus molle, plus saignante ; le "polype muqueux" à aspect plus villeux, etc. Tous ces caractères cliniques sont insignifiants, et n'ont rien d'absolu.

"Polypes" venus au lavage.

Les "polypes" venus au lavage eux-mêmes sont quelconques au point de vue histologique, aussi bien "granulomes" que "fibrômes", que "myxomes", contre toute attente.

Il semblerait que dans un "fibrôme" seulement le tissu fibreux puisse, à un moment, envahir le pédicule, enserrer les vaisseaux, provoquer l'anémie de la tumeur, et parant de chute spontanée au lavage. Dans les cas que nous connaissons, nous avons trouvé des "fibrômes" (cas d'Ar-

slan, de Gottstein) (obs. II); des "granulomes inflammatoires simples" (obs. VII, XXII, VIII).

Il faut en conclure que cette chute spontanée est un accident qui peut atteindre tout "polype" (granulation, polype muqueux ou fibrome), dans certaines conditions, telles que gracilité du pédicule, friabilité du tissu, anémie de la tumeur (Eitelberg), et ce fait qu'un "polype" est venu au lavage est un hasard heureux, qui ne préjuge, d'ailleurs, rien de sa constitution histologique.

De même, les "granulations" ou les "polypes" peuvent être au même titre symptomatiques d'ostéite (obs. XXIV), fait assez fréquent auquel M. Mignon attribue une grande importance pour la systématisation des caries de la caisse.

Les complications, le pronostic, le traitement sont aussi les mêmes, quelle que soit la variété microscopique.

Par lui-même, le polype est une complication tardive de toute otorrhée ancienne négligée, car il va à son tour entretenir cette otorrhée et empêcher une guérison spontanée. Assez volumineux, il agit comme corps étranger, obstruant le conduit, favorisant la rétention du pus, et pouvant amener toutes sortes de complications septiques, surtout des mastoïdites, obs. XXII, abcès cérébral (P. polypes récidivants, mort d'abcès cérébral).

L'acuité auditive est toujours atteinte quand il y a polype.

Enfin, souvent les polypes récidivent (obs. XXXI, XXI, XXVIII, XXX, IV), même parfois avec une persistance désespérante (obs. XXIX, XI).

Nous ne croyons pas qu'il y ait là une sorte de malignité locale, comme dans d'autres tumeurs. Il est presque certain qu'il n'y a qu'une pseudo-récidive, que les nou-

veaux polypes qui se produisent ont échappé au premier examen et à la première opération : les petites granulations épargnées se sont développées après coup, ou bien le pédicule du premier polype a été insuffisamment détruit. Des opérations répétées (obs. XXVIII, XVIII) ont raison de ces récidives ; d'ailleurs, un curettage de la caisse serait à proposer dans ces cas, comme l'a fait M. Lannois (obs. XXIX).

Le pronostic d'une végétation polypeuse est en somme grave, non pas tant « quoad vitam », mais par la persistance de l'otorrhée, les complications septiques possibles, l'atteinte de l'ouïe, les récidives. Aussi importe-t-il, dès qu'on l'a constatée, d'instituer un traitement rationnel, d'autant plus que souvent il amène une très grande amélioration ou des guérisons complètes (obs. XX, XXVIII, I, IV, II, VII, XVIII).

On peut essayer d'obtenir la destruction lente, au moyen d'alcool absolu, d'alcool boriqué, d'eau oxygénée, de caustiques divers. Mieux vaut encore les enlever, à l'anse froide, avec cautérisation du pédicule à l'acide chromique. Ainsi on a l'avantage d'éviter des hémorrhagies abondantes, fatales avec les cuillers tranchantes ; dans un cas de Schwartze, une hémorrhagie avait nécessité la compression des carotides. D'ailleurs l'anse froide permet d'éviter les arrachements, et leurs suites, telles que : enlèvement de la saillie du promontoire, des osselets de l'ouïe, mise à nu du nerf facial.

Comme le fait M. Lannois, en général, en remettant la cautérisation du pédicule à une séance ultérieure (obs. XXIV), on peut l'effectuer sur les tissus moins irrités, moins douloureux, et l'on peut mieux se rendre

compte du siège exact du pédicule, de l'état de la caisse.

Le choix de l'acide chromique est heureux ; car c'est des agents caustiques le plus efficace, le plus maniable, et le moins dangereux ; avec lui l'on est sûr de n'avoir jamais des accidents de brûlure, suivis de sténoses du conduit, de paralysies faciales. Il suffit de parcourir d'ailleurs nos observations pour se rendre compte que les cas ainsi traités ont été suivis d'une prompte amélioration ou guérison, jamais suivis d'accidents, et le curettage de la caisse (opération plus grave, avec ses chances d'hémorrhagies, de paralysies faciales), est de cette façon évité dans la grande majorité des cas, même pour les récidives tenaces.

Le traitement par l'alcool seul, (Politzer) présente des inconvénients ; il dure plusieurs semaines, est parfois douloureux ; et souvent il ne faut pas compter sur la propriété de l'alcool de rétracter les masses polypeuses. Néanmoins, ce traitement reste toujours comme un adjuvant de l'ablation, et on est bien obligé de l'employer pour les végétations trop petites, trop lointaines et trop nombreuses pour être saisies et excisées.

Nous le voyons ici encore, il n'y a plus à se préoccuper de la structure microscopique des " polypes ", mais de leur grosseur, de leur point d'implantation.

CHAPITRE IV

Des végétations " polypeuses " de l'oreille qui ne sont ni des granulomes, ni des " polypes vrais ".

Nous venons, dans le chapitre précédent, d'étudier l'histologie et l'histoire clinique des " polypes de l'oreille proprements dits " (granulations et polypes muqueux et fibreux) qui faisaient partie des pièces soumises à notre examen. Nous avons montré les quelques différences de structure qu'elles présentent, et leur confusion au point de vue clinique ; nous allons nous occuper maintenant des végétations polypeuses que nous avons aussi étudiées, et qui diffèrent très nettement des premières : ce sont des " polypes tuberculeux " et des " polypes cancéreux ".

Polypes tuberculeux. — Au premier aspect, ce " polype " se présente comme les polypes ordinaires, avec des caractères macroscopiques et cliniques assez analogues, tels que végétation pédiculée, surdité, otorrhée sanguinolente, etc. La lecture des observations permet de le constater : (observations II, I, III).

Cependant l'histoire clinique du malade F. (obs. XXXIII) a une physionomie très particulière.

Les antécédents tuberculeux sont indéniables : coxalgie bacillaire, il y a douze ans. Actuellement, tuberculose avérée, hémoptysies, qui ont fini par entraîner la mort.

L'otorrhée et le "polype" eux-mêmes, présentent des particularités : l'otite a débuté en janvier, et déjà en mars, il y avait des polypes, qui n'ont pas tardé à récidiver sous forme d'un volumineux polype, très peu consistant, couvert de pus, ulcéré, à points jaunâtres ramollis (caséification), très saignant ; ce polype enlevé, un autre a réapparu rapidement et aussi volumineux.

D'autre part, de vives douleurs ont indiqué bientôt une mastoïdite, avec carie, et cet envahissement a été précoce.

Le strabisme passager et fréquent était dû aussi sans doute à un processus de même ordre, envahissant et comprimant un nerf à sa sortie de la masse cérébrale.

Le diagnostic, « fongosité tuberculeuse », avec ces seuls renseignements, était déjà possible, et il n'était pas absolument utile qu'il fût confirmé pleinement par l'analyse histologique.

Dans ce cas, il s'était produit chez un tuberculeux avéré une otite tuberculeuse secondaire qu'on peut qualifier de « végétante ». Sans doute, la tuberculose de l'oreille chez des tuberculeux avérés n'est pas un fait rare, puisque l'on a trouvé sur 83 hommes 10 cas, sur 35 femmes 2 cas (les uns et les autres tuberculeux). Mais d'habitude, elle se manifeste à peu près comme une otorrhée chronique vulgaire. Dans le cas que nous présentons la tuberculose de l'oreille a pris la forme « végétante », ce qui est remarquable.

Par son évolution rapide, la propagation au massif

mastoïdien, elle rentre bien dans la symptomatologie ordinaire. Nous ferons remarquer que les lésions d'ostéite ont été consécutives à l'otite, tandis que la plupart des auteurs disent l'otite consécutive à une carie de la caisse ou du rocher. Chez notre malade, on n'avait rien noté du côté du pharynx ou du nez, du côté des ganglions satellites de l'oreille ; l'inoculation au cobaye, la recherche du bacille par les méthodes de colorations n'ont pas été faites.

Mais ici l'examen histologique ne laissait aucun doute possible, et d'ailleurs une opération plus radicale que l'excision de fragments du polype n'aurait fait qu'aggraver le mauvais état général, et hâté peut-être la terminaison fatale, comme l'avait très bien remarqué M. Lannois.

Voilà donc un cas typique, où l'examen histologique, en cas de doute, permettait de faire un diagnostic d'une "végétation polypeuse" de nature peu ordinaire, et du même coup déterminait le pronostic et la thérapeutique.

Dans les autres observations I, II, III, l'examen histologique a révélé, ou plutôt fait soupçonner, la tuberculose : mais les renseignements cliniques, peut-être insuffisants, n'ont pas confirmés ces données. Sans doute il s'agit de polypes ordinaires, qui sont envahis par un processus bacillaire encore naissant et peu intense, qu'il était temps d'enlever, et dont l'ablation a amené la guérison ; on sait que beaucoup d'otorrhées négligées entraînent la tuberculose des sujets ; Politzer, dans son traité, dit qu'il est fréquent de voir les végétations polypeuses subir une tuberculisation tardive. Dans ce cas, la tuberculose de l'oreille serait primitive, et d'un pronostic bénin, guérissant avec l'ablation du "polype".

Le microscope, ici, aurait rendu des services en montrant l'urgence à opérer.

Polype cancéreux. — L'observation XI doit être rejetée, comme étant trop obscure et incomplète.

L'examen histologique a montré que l'un des polypes était un épithélioma. (Obs. XXXIV).

Nous rapportons l'histoire clinique du malade et il existe dans la littérature otologique un certain nombre de cas analogues où des bourgeons cancéreux ont été confondus avec des " polypes " ordinaires. Ce sont surtout les cancers de l'oreille moyenne qui ont donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Ainsi, des épithéliomas végétants, se développent parfois (Schwartz, Lucæ, Knapp pendant une otorrhée, ou une carie du rocher. Par suite (dit Politzer), les excroissances qui sortent par l'ouverture perforative du tympan sont prises au début pour des granulations ou des polypes, jusqu'à ce que la croissance rapide, après enlèvement répété, et l'examen microscopique fassent reconnaître la nature maligne du néoplasme. A l'appui de cette opinion, Politzer cite plusieurs exemples: dans un cas de Schwartz (Archiv. f. Ohr. IX), il s'agissait d'un carcinome; dans un cas de Lucæ (Arch. f. Ohr. XV) on avait affaire à un épithélioma; Knapp (Zeitschr. f. Ohr. XI) rapporté un cas de chondro-sarcome d'origine parotidienne.

Dans un cas rapporté par M. le Dr Bauby, de Toulouse, on avait aperçu à l'examen « un bourgeon charnu au fond de l'oreille, lisse, rosé, implanté sur la paroi postérieure de la caisse par une large base, saignant au moindre attouchement. Le diagnostic anatomique était évident :

suppuration de l'oreille moyenne avec complications mastoïdiennes, et, production de "fongosités". Mais ces végétations étaient-elles le résultat d'une otorrhée ordinaire? Oui de prime abord, mais quelques caractères spéciaux pouvaient faire songer au cancer. L'intervention, en cas de cancer, était d'une faible utilité; elle s'imposait dans l'otorrhée ordinaire ». L'opération fut faite, et momentanément il y eut amélioration; puis rapidement survint une récurrence, et le malade ne tarda pas à mourir. L'examen histologique avait permis de prévoir cette issue, car il avait révélé un « épithélioma pavimenteux tubulé avec globes cornés typiques ».

Dans une observation de M. le Dr Charazac, un petit malade, M. H. de..., âgé de 9 ans $1/2$, avait été traité longtemps et à plusieurs reprises différentes pour une otorrhée avec "bourgeon polypeux", et le diagnostic véritable resta méconnu, jusqu'au jour où M. Tapie fit l'examen histologique d'un fragment de végétation, qui lui révéla « un sarcome, à cellules embryonnaires arrondies et serrées »; le malade ne tarda pas non plus à mourir de cancer confirmé.

Il est bien d'autres observations analogues que nous pourrions rapporter, mais elles ressemblent à celles que nous venons d'analyser, et ne nous apprendraient rien de nouveau.

On peut remarquer que dans tous ces cas, l'examen histologique a permis, dès qu'il a été pratiqué, de réformer un diagnostic erroné, et de prévoir l'issue du mal.

En somme, un bourgeon sarcomateux peut, suivant sa teneur en tissu conjonctif, avoir tour à tour ou la mollesse du myxome, ou la dureté du fibrôme, ou la vascula-

risation de l'angiôme, et par suite être confondu avec des "polypes ordinaires", sans examen histologique.

Cependant, en général, la végétation cancéreuse est plus mollassse, plus friable, plus saignante, plus ulcérée ; le liquide otorrhéique est ichoreux, très fétide. L'oreille est d'abord seulement sourde, progressivement sans phlegmasie ; puis les bourgeons apparaissent, deviennent énormes en peu de temps, les ganglions se prennent ; le processus envahit rapidement les organes voisins, provoquant des douleurs violentes, des désordres considérables, des compressions des nerfs crâniens, surtout du facial (obs. XXXIV, des troubles cérébraux, des destructions, perforations osseuses, etc. ; enfin la cachéxie cancéreuse ne tarde pas à emporter le malade, s'il a été épargné par une complication ; le pronostic est toujours fatal ; notre observation XXXIV est bien typique.

Il n'en est pas moins vrai que si l'on attendait cette évolution rapide pour faire le diagnostic (sans cela incertain, le traitement ne devrait même pas être tenté, survenant trop tard ; au lieu qu'un examen histologique précoce peut dès le début indiquer la véritable nature du « polype », et permettre l'essai d'une extirpation radicale, avant l'extension du mal ; si l'on n'espère pas cet heureux résultat, néanmoins on n'a aucune illusion sur l'opération palliative qui soulagera momentanément le malade.

AUTRES VÉGÉTATIONS POLYPEUSES QUI NE SONT PAS DES POLYPES ORDINAIRES

Nous mentionnerons seulement qu'il existe d'autres "végétations polypeuses" de nature spéciale, par exemple

des "kystes dermoïdes" du conduit auditif, dont la nature n'a été révélée que par l'histologie : telle est l'observation que nous rapportons de H. du Fougeray.

OBSERVATION

(Due à H. du Fougeray).

Kyste dermoïde.

Situé dans le conduit auditif, dans l'angle de la paroi inférieure et du tympan, gros comme un noyau de cerise, rosé. H. de 16 ans, sans otopathie antérieure. Légère surdité, quelques bourdonnements.

De même, un "polype" a pu être simulé par des "syphilides" du conduit (Hermet), "l'otomycose" du conduit (Politzer), etc.

Ces cas sont très rares ; très souvent les renseignements cliniques, l'aspect macroscopique un peu spécial permettront d'éviter des confusions regrettables pour le traitement ; mais, en cas de doute, l'analyse histologique montrerait immédiatement que l'on n'a pas affaire à un "granulome" ou autre "polype proprement dit". Nous n'insistons pas, car dans nos pièces nous n'avons pas rencontré de tels « polypes ».

CHAPITRE V

Importance de l'étude microscopique des « polypes de l'oreille »

De notre modeste travail, il résulte que sous la dénomination « polype » des tumeurs pédiculées de l'oreille, de nature et de signification bien diverses, ont été confondues. Nous avons expliqué comment l'acception primitive du mot « polype », déjà assez vague par elle-même, avait été rendue encore plus imprécise, et comment la grande majorité de néoproductions de l'oreille, surtout de la caisse, favorisaient la confusion en revêtant le même aspect macroscopique. Nous avons donné les nombreuses classifications des « polypes » des auteurs, dressé la liste de toutes les tumeurs confondues. Nous-mêmes, nous avons soumis à l'analyse histologique un nombre relativement considérable de « polypes » recueillis dans le service de M. Lannois. Cet examen nous a permis de retrouver les principaux types de « polypes » proprement dits, déjà décrits par les auteurs, tels que granulomes inflammatoires simples, polypes muqueux, polypes fibreux, polypes analogues à des papillomes inflammatoires. Nous avons montré qu'il ne faut pas exagérer ces

individualisations, et attribuer trop d'importance à ces types plutôt schématiques, puisque certaines de nos tumeurs présentaient des caractères mixtes, puisque la description de ces types classiques était, d'ailleurs, variable avec les auteurs, et, qu'enfin, elles dérivait toutes du même processus d'inflammation chronique de la caisse. Nous avons vu, avec les auteurs, qu'au point de vue clinique et pratique, ces légères différenciations histologiques n'avaient plus leur raison d'être, que l'aspect, les symptômes, la thérapeutique ne dépendaient exclusivement que du point d'implantation, du volume des néoformations ; l'étude rapide des polypes venus au lavage, elle-même, nous a montré que cette terminaison était accidentelle, indépendante de la structure histologique. Nous avons retracé rapidement l'histoire clinique de ces tumeurs, et retrouvé les résultats déjà obtenus par les précédents auteurs.

Ainsi, si l'on ne considère que ce groupe des « polypes proprement dits », les nombreuses controverses au sujet de leur nature histologique nous paraissent assez inutiles et, par suite, l'emploi peu fréquent du microscope très excusable, à moins que l'on ne veuille faire des distinctions très savantes, qui ne doivent pas sortir du domaine des études spéculatives.

Mais l'utilité vraiment incontestable de l'analyse histologique nous apparaît, quand nous trouvons dans nos pièces des « polypes » tuberculeux et cancéreux.

Dans ces cas, sans doute, fréquemment l'histoire clinique sera suffisamment typique pour nous préserver de grossières erreurs. Mais, parfois, elles ont été commises, au détriment du malade, uniquement parce que l'on a

négligé l'étude microscopique, et celle-ci aurait immédiatement réformé le diagnostic, fait prévoir le pronostic, et orienté le traitement.

Nous croyons qu'Hamon du Fougeray a exagéré (d'ailleurs poussé par un zèle louable) quand il a dit qu'il fallait réserver le mot « polype vrai » au seul « polype dit muqueux », pour éviter des confusions regrettables au point de vue scientifique, « où là, plus qu'ailleurs, il faut rechercher la netteté, la précision, la clarté qui font que tous peuvent aisément s'entendre et se comprendre sans crainte de fausse interprétation ». Ce genre de tumeur est rare relativement au nombre des « granulations ».

A notre avis, il est à peu près indifférent de dire, quand on rencontrera une tumeur siégeant au fond de l'oreille que c'est un « polype », non à première vue, mais après nous être assuré par le microscope que c'est une des tumeurs faisant partie du groupe des « polypes ordinaires de l'oreille », groupe peut-être un peu vague, mais qui désigne d'une manière satisfaisante pour le praticien et le clinicien une néoformation bénigne (granulome ou myxome).

Mais il faudra bien s'assurer que l'on a pas affaire à un « tuberculome », ou à « un bourgeon » cancéreux. Pour remédier à l'équivoque, si l'on veut garder l'emploi du mot « polype » consacré par un vieil et tyrannique usage, il suffira de le faire suivre d'un qualificatif, de dire par exemple : cette tumeur est un polype ordinaire, ou un polype tuberculeux, ou un polype cancéreux.

Ceci implique la connaissance de la nature de la tumeur, de ses caractères essentiels, et exige au préalable la recherche du point d'implantation, des particu-

larités de l'examen local, de l'Histoire clinique, de l'état général, essentiellement de la texture Histologique.

En somme, ceci revient à dire, qu'à l'égard des « polypes » de l'oreille d'une façon spéciale, on doit tenir compte de tous ces détails, qui ont bien leur liaison, comme pour toute tumeur quelconque. La nécessité d'un examen attentif et complet s'impose ici comme partout ailleurs. Et comme l'a fort bien dit M. le Professeur agrégé Lannois à propos d'une autre tumeur auriculaire, « il y a lieu de soumettre les tumeurs de l'oreille à l'examen histologique plus souvent qu'on ne le fait, pour aboutir à une classification rationnelle. Dans le cas qui nous intéresse l'examen macroscopique aurait fait plutôt songer à un autre diagnostic, et entraîné une erreur.... L'examen microscopique seul a permis de déterminer la nature de la tumeur et donné des éléments sérieux d'appréciation ». Nous terminerons en disant que c'est surtout le microscope qui pourra dicter un diagnostic exact, faire porter un pronostic convenable, et instituer un traitement rationnel, pour le bien du malade, et la réputation du médecin.

CONCLUSIONS

I. — Sous la dénomination « *polype* » de l'oreille, on confond des productions pédiculées, différentes histologiquement (granulations inflammatoires, polypes muqueux, fibreux, tuberculomes, bourgeons cancéreux).

Cette confusion tient à ce que la même forme macroscopique est commandée par l'anatomie de la région, le mode de prolifération de la muqueuse de la caisse, la forme végétante qui peut appartenir à toutes sortes de néo-formations.

II. — L'analyse histologique des polypes, examinés par nous, nous a donné des néo-formations du groupe “*polypes proprement dits*” correspondant aux types classiques (granulomes, polypes muqueux, fibreux, etc.)

Mais, parmi nos pièces, certaines tumeurs à caractères mixtes nous portent à penser que les types histologiques classiques sont plutôt schématiques.

D'ailleurs, dans toute l'histoire clinique, il est indifférent de confondre ces néo-formations.

III. — Nous avons trouvé aussi des cas de polypes tuberculeux et cancéreux.

Leur histoire clinique sera parfois insuffisante pour distinguer ces tumeurs de celles du groupe précédent; et cependant un diagnostic exact et précoce importe pour le pronostic et le traitement : l'analyse histologique nous le donne immédiatement.

IV. — En somme, il faut se méfier de cette vague dénomination “*polype de l'oreille*” sans autre qualification : car elle ne donne qu'une idée très incomplète de la nature de la tumeur; et pour le diagnostic, le pronostic et le traitement, on se mettra parfois à l'abri d'erreurs regrettables, en demandant au microscope des renseignements précis.

Le Président de la Thèse,

ANTONIN PONCET.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 janvier 1901.

Le Recteur-Président du Conseil de l'Université,

COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ARSLAU. — Fibrôme venu au lavage. *Revue de Laryng.*, 20 mai 1899.
- ASTIER et ASCHKINASIE. — La chirurgie de l'oreille. Chap. Polypes.
- BARD. — Précis d'anatomie pathologique, 1890. Bourgeons charnus, p. 205.
- BONNAFONT. — Tr. th. et pr. des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, 1860.
- Polypes fibreux. *Union médicale*, 1864, n° 124.
- CLARKE. — Observ. on the nature of polypus. In *Arch. f. Ohr.*, t. IV, page 230.
- CHARAZAC. — Contrib. à l'étude des tumeurs malignes de l'or. Extrait de la *Revue de Laryng. d'otologie et de rhinol.* 1892.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie. Art. Oreille.
- EITELBERG. — Die Ohrenpolypen und ihre behandlung.
- H. DU FOUGERAY. — Annales des malad. de l'oreille, du lar., du nez et du phar. Extrait, 1892.
- FAURE. — Thèse de Paris, 1861.
- GARNAULT. — Traité des maladies des oreilles.
- GOURAUD. — Thèse de Paris; 1858.
- GOTTSTEIN. — Klin. und Kritisch. Beiträge zur Ohrenheilk., *Arch. f. Ohr.*, t. IV, p. 170 et 85.
- HERMET. — Leçons sur les maladies de l'oreille, 1892.
- KESSEL. — *Arch. f. Ohr.*, t. V, page 250.
- KLINGEL. — *Zeitsch. f. Ohr.*, juillet 1890.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.
- LEVI. — Manuel pratique des maladies de l'oreille, 1885.
- MARSHAL. — Thèse de Paris 1895. Tumeurs malignes de la caisse.

MIOT et BARATOUX. — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, 1884.

MIGNON. — Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement.

NASSILOFF. — Myringite villeuse. Arch. f. ofr. t. IV, p. 59.

POLITZER. — Traité des maladies de l'oreille, 1884. Trad. Joly.

POULET et BOUSQUET. — Traité de pathologie externe. Art. oreille.

SUAREZ DE MENDOZA. — Cas d'épilepsie guéri par l'ablation d'un polype de la caisse. Communic. à la Soc. franç. d'otol. et laryng. Avril 1888.

SHEIBE. — Quelques tumeurs de l'oreille. Arch. of. otol., 1895, n° 3 et 4.

SOUZA-LEITE. — Thèse de Paris, 1895. Polypes de l'oreille et leur traitement.

STEUDENER. — Archiv. f. ohr. 1869. t. IV, p. 199.

TROELTSCH (de). — Traité pratique des maladies de l'oreille 1870.

URBANTSCHITSCH. — Traité des maladies de l'oreille 1881.

WEYDNER. — Structure des polypes auriculaires. Archiv. of otology, p. 49, 1885.

LYON. — IMPRIMERIE PERRELLON

